

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s antromastoidektomií

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu

Antromastoidektomie
(chirurgické odstranění systému všech sklípků v bradavkovém výběžku)

Účel výkonu

Odstranění zánětlivého či nádorového ložiska ve středním uchu.

Povaha výkonu

Výkon bude proveden z řezu za boltcem. Odstranění pneumatického systému spánkové kosti a tím i zánětlivých ložisek, které by jinak vedly až k nitrolebním komplikacím. Vyhojením nastává normalizace tlaku ve středouší a normální sluch.

Předpokládaný prospěch výkonu

Odstranění zánětu, zachování sluchu a normální stav ve středouší ve smyslu zachování kůstek a ventilace.

Alternativa výkonu

Nejsou žádné možnosti konzervativní léčby.

Následky výkonu

Jízva za boltcem.

Možná rizika zvoleného výkonu

Operační:

- obnažení a poranění lícního nervu se vznikem různého stupně jeho obrny
- obnažení a poranění tvrdé pleny mozkové se vznikem následného zánětu mozkových plen či mozku, vznik prolapsu těchto struktur do zvukovodu
- obnažení a poranění žilního splavu s krvácením
- poranění vnitřního ucha se vznikem závratí a zhoršením sluchu různého stupně

Pooperační:

- hnisání rány
- několik dní trvajících krvavý výtok z ucha (je vhodné na noc dát pacientovi do vchodu zvukovodu smotek vaty)

Souhlas:

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:


Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	ANO	NE

Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE

Stranový verifikační protokol (vyplňuje lékař)

Ověření lokalizace výkonu:	Část těla	Strana
Ověření dle ambulantní karty	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Pravá <input type="checkbox"/> Levá
Ověření dle chorobopisu	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Pravá <input type="checkbox"/> Levá
Ověření dle zobrazovacích metod	<input type="checkbox"/> RTG <input type="checkbox"/> UZ <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> Jiné:	<input type="checkbox"/> Pravá <input type="checkbox"/> Levá
Závěr - část těla:		
Lokalizace výkonu označena:	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
Důvod neoznačení:		
<input type="checkbox"/> zdravotní stav pacienta neumožňuje prodlevu péče potřebnou k označení		
<input type="checkbox"/> pacient s označením nesouhlasí		

Datum:	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno a příjmení lékaře , který podal informaci	Podpis lékaře , který podal informaci

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:

Jak pacient projevil svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina